



PÓSTERES

SENO Y TEJIDOS BLANDOS

04-005

Cirugía conservadora y reconstrucción inmediata en paciente con cáncer de mama y mamoplastia previa de aumento

Nora Beatriz Sánchez, María Isabel Cadena, Rosalba Bejarano

Universidad del Valle y Centro Médico Imbanaco
Cali, Colombia
nobesa@hotmail.com

Objetivo. Reporte de un caso clínico de una paciente con mamoplastia de aumento con un tumor de mama retroareolar de 1,5 cm, cuya biopsia reportó carcinoma ductal. Se practicó lumpectomía y reconstrucción inmediata.

Caso clínico. Se trata de una paciente de 31 años con tumor de 1,5 cm de diámetro y antecedentes de mamoplastia previa de aumento. Se le practicó cirugía conservadora con lumpectomía, que incluyó piel del polo superior y el complejo areola-pezones, ganglio centinela y conservación del implante, reconstrucción inmediata con colgajo dorsal pediculado, colgajos cutáneos para el pezón, tatuaje de la areola y radioterapia postquirúrgica.

Resultado. Con la cirugía conservadora de la mama y la reconstrucción inmediata se obtuvo un adecuado resultado oncológico y estético.

04-007

Reconstrucción de mama: 8 años de experiencia en el hospital

Nora Beatriz Sánchez, Santiago Aguilera, Carmen Hidalgo, Juliana Navia

Universidad del Valle, Hospital Universitario del Valle
Cali, Colombia
nobesa@hotmail.com

Objetivo. Mostrar la experiencia en reconstrucción mamaria en un hospital dedicado a la docencia.

Se presenta el reporte de los casos clínicos de pacientes con patología mamaria, tanto benigna como maligna, que requirieron cirugía reconstructiva durante el periodo del 1° de enero 1 de 2000 al 31 de diciembre de 2007, manejados por la clínica de mama del Servicio de Cirugía Plástica y Clínica de Tumores de la Universidad del Valle.

Materiales y métodos. Se han practicado 112 reconstrucciones de mama, de las cuales, 98 fueron secundarias a resecciones por cáncer, 13 por patología benigna y 1 por síndrome de Poland (enfermedad congénita). De las reconstrucciones requeridas por patología tumoral, 101 se llevaron a cabo durante el mismo acto quirúrgico, mientras que 10 se realizaron como procedimientos diferidos.

Treinta y ocho de las reconstrucciones se realizaron con colgajo miocutáneo recto abdominal transverso

(*transverse rectus abdominis myocutaneous* TRAM), 50 con colgajo del músculo dorsal ancho, 6 con abdominoplastia inversa y 18 procedimientos de cirugía oncoplástica.

Resultados. Como complicaciones se presentaron retardo de la cicatrización, infección del sitio operatorio y seroma. Ocho pacientes fueron reintervenidas. No hubo pérdida total de ninguno de los colgajos.

SISTEMA GASTROINTESTINAL

04-002

Intususcepción íleon-íleon por pólipo fibroide inflamatorio

María Elena Velásquez, Alberto Federico García, Juan Sebastián Martínez, Fernando Rodríguez
Universidad CES y Fundación Valle del Lili
Cali, Colombia
me.velasquez.acosta@gmail.com

Introducción. La invaginación intestinal, como causa de obstrucción en el adulto, es infrecuente y 40% de las veces es tumoral.

Presentación del caso. Se trata de un varón de 62 años hipertenso, con dislipidemia y fumador, con episodios recurrentes de obstrucción intestinal, manejado en otra institución. Le habían practicado un estudio de tránsito intestinal y una TC abdominal con contraste, sugestivos de intususcepción.

En la colonoscopia se encontraron dos pólipos, reportados como adenomas tubulares, e íleon terminal normal.

La laparoscopia diagnóstica evidenció obstrucción intestinal por invaginación íleon-íleon que sólo se pudo reducir parcialmente. Se resecaron 16 cm de íleon con anastomosis manual término-terminal por laparotomía.

La pieza quirúrgica consistió en un tumor de 6,8 cm por 5,5 cm por 4,0 cm, que abarcaba 16 cm por 7 cm por 4 cm de íleon congestivo e invaginado sobre sí mismo. Inicialmente, se diagnosticó tumor del estroma gastrointestinal (GIST), pero la inmunohistoquímica reveló un pólipo fibroide inflamatorio.

Discusión y conclusiones. Los pólipos fibroides inflamatorios son lesiones submucosas originadas en el tubo digestivo, proyectadas hacia la luz. El 70% ocurre

en el antro gástrico y el 20% en intestino delgado. Se presentan a cualquier edad, con pico entre la quinta y la sexta décadas. La inmunohistoquímica identifica miofibroblastos como principal componente, estroma fibroso y edematoso con abundantes vasos sanguíneos e infiltrado inflamatorio difuso sin atipia.

Desde 1976 hasta 2009, se han publicado 43 casos de intususcepción intestinal por pólipo fibroide inflamatorio. La presentación clínica más común fue la obstrucción aguda, seguida por la obstrucción crónica.

Las imágenes permiten llegar al diagnóstico: la ecografía, la TC y la resonancia magnética son sensibles y específicas. La apariencia macroscópica es inespecífica y el diagnóstico se confirma con inmunohistoquímica, la cual permite diferenciar los GIST y los tumores miofibroblásticos inflamatorios. El tratamiento es la resección quirúrgica.

04-003

Hemoperitoneo masivo secundario a tumor del estroma gastrointestinal

María Elena Velásquez, Alberto Federico García, Fernando Rodríguez, Juan Sebastián Martínez
Fundación Valle del Lili,
Cali, Colombia
me.velasquez.acosta@gmail.com

Introducción. Los tumores del estroma gastrointestinal (*gastrointestinal stromal tumors*, GIST) usualmente se manifiestan por efecto de masa. El hemoperitoneo masivo como presentación inicial es inusual y altamente mortal. En la literatura sólo hay descritos ocho casos de hemoperitoneo como presentación inicial.

Presentación del caso. Se trata de un hombre de 74 años con cuatro horas de dolor abdominal asociado a lipotimia. Tenía antecedentes de infarto agudo del miocardio, ex fumador y tromboembolismo pulmonar manejado con warfarina, y, además, un mes de ascitis.

Después del ingreso, se evidenció actividad eléctrica sin pulso. Tras once minutos de maniobras de reanimación avanzada, se obtuvo ritmo de perfusión. El eco-FAST fue positivo. Sospechando aneurisma de aorta abdominal roto, se practicó laparotomía y se encontró hemoperitoneo de 3.000 ml y masa de 8 cm de diámetro adherida a la pelvis y a las asas del intestino delgado, sangrando activamente. Se resecó la masa, se

empaquetó la pelvis, se hizo un cierre temporal de la cavidad abdominal y se trasladó a la unidad de cuidados intensivos. Por hipotensión y sangrado, dos horas después se repitió el empaquetamiento. Cuatro horas después falleció en coagulopatía.

Discusión y conclusiones. Los GIST son los tumores mesenquimatosos más frecuentes del sistema gastrointestinal. La inmunohistoquímica permitió caracterizarlos, ya que el 95% expresan CD117 (KIT). Se relacionan con las células intersticiales de Cajal. Pueden comportarse en forma benigna o maligna. Usualmente, aparecen en adultos mayores. A menudo, se diagnostican en forma incidental. Como pueden llegar a ser muy irrigados, hasta el 25% sangran por erosión o ruptura. Raramente producen hemoperitoneo masivo. Si hay estabilidad hemodinámica, las imágenes pueden enfocar el manejo; de lo contrario, debe practicarse laparotomía de urgencia.

04-004

Isquemia mesentérica: manejo con trombólisis intraarterial y cirugía

Carlos Edgar Figueroa, Hernando Kuan, Rubén Daniel Luna, Rubén Francisco Luna
Clínica Abood Shaio
Bogotá, Colombia
carlosfigueroa81@hotmail.com
nanokuan@hotmail.com

Paciente de 58 años en el noveno día posoperatorio de liposucción más lipectomía más abdominoplastia. Consultó por dolor abdominal que se inició al cuarto día posoperatorio, intermitente pero que se intensificó en las últimas 24 horas. Ingresó sin signos de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) configurado pero taquicárdico y con abdomen muy doloroso, aunque sin signos francos de irritación.

En los exámenes paraclínicos se encontró leucocitosis leve y en los gases arteriales, equilibrio ácido-básico. Se realizó TC abdominal, la cual evidenció trombosis de la arteria mesentérica superior.

Se practicó trombólisis intraarterial en la arteria mesentérica superior con adecuada nueva canalización de los lechos principales. Se llevó a la unidad de cuidados intensivos con medicamentos vasodilatadores y anticoagulación plena en infusión continua.

La TC abdominal de control a las 12 horas mostró buen llenado de lechos arteriales mesentéricos pero signos de necrosis en íleon. Se llevó nuevamente a cirugía se hizo resección intestinal submasiva, se dejaron 70 cm de intestino delgado, sin válvula ileocecal por hemicolectomía derecha. Se decidió dejarlo para obtener una segunda revisión, la cual se llevó a cabo a las 24 horas y en la que se evidenció que el intestino se encontraba viable, por lo que se decidió cierre de la cavidad abdominal.

Fue dado de alta a las 72 horas de la unidad de cuidados intensivos, para manejo interdisciplinario en pisos y soporte nutricional parenteral. Inició la dieta al octavo día posoperatorio y fue dado de alta el día 16 por buena evolución y bajos gastos por diarrea.

Se presenta un póster con la historia clínica, las imágenes de TC previos y posteriores a la trombólisis e imágenes del espécimen resecado.

04-011

Adenoma de Brunner

Jorge Andrés Gutiérrez, Juan Arturo Martínez, Camilo Díaz, Daniel Gómez
Universidad Militar Nueva Granada,
Hospital Militar Central
Bogotá, Colombia

Materiales y métodos. Se presenta el caso de un paciente de 56 años, valorado inicialmente en Ibagué por síntomas de dispepsia. Se le practicó endoscopia de vías digestivas altas y se encontró una lesión en la segunda porción del duodeno, sésil, con base de 3 cm de diámetro y revestido de mucosa normal, la cual no fue posible resecar. Por este motivo, fue remitido a nuestra institución.

Resultados. El paciente fue llevado a laparotomía exploratoria y duodenectomía; se encontró lesión sésil en la localización antes descrita con 4 cm de base y 5 cm de longitud; se hizo resección completa. La pieza quirúrgica fue enviada a patología cuyo reporte histopatológico fue de adenoma de Brunner.

Discusión y conclusiones. Las glándulas de Brunner son productoras de la urogastrona que inhibe la secreción ácida gástrica, y secretan glucoproteínas alcalinas que protegen la mucosa duodenal. Los adenomas de Brunner

son lesiones raras, usualmente sésiles, que se pueden encontrar en duodeno, yeyuno o íleon; generalmente, se manifiestan con sangrado u obstrucción y su diagnóstico es por histopatología.

CIRUGÍA BARIÁTRICA

04-006

Cirugía reconstructiva posterior a pérdida masiva de peso (cirugía bariátrica)

Nora Beatriz Sánchez, María Isabel Cadena, Paola Kafury, Álvaro Villegas

Grupo de Cirugía Plástica Reconstructiva,
Centro Médico Imbanaco
Cali, Colombia
nobesa@hotmail.com

Objetivo. Presentar dos casos clínicos de pacientes con pérdida masiva de peso posterior a procedimiento de cirugía bariátrica para el tratamiento de la obesidad.

Justificación. Algunos pacientes, después de la pérdida masiva de peso, presentan flacidez de diferentes partes del cuerpo, por lo que pueden llegar a requerir cirugías plásticas para restablecer la forma corporal y evitar los síntomas que producen los pliegues y redundancias cutáneas, como la maceración de la piel ocasionada por la humedad y la presencia de complicaciones como micosis, además del efecto que tiene la estética en la autoimagen.

Caso 1. Se trata de una paciente de 42 años con pérdida de 38 kg de peso. Se realizó mastopexia con implante de silicona en los senos.

Caso 2. Se trata de una paciente de 34 años con pérdida de 45 kg de peso. Se realizó mastopexia con implante de silicona en los senos, además de abdominoplastia y braquioplastia.

TRAUMA

04-001

Heridos por minas antipersonales

Daniel Segura, Francisco Arroyo, Carlos Arturo Franco
Hospital Militar Central
Bogotá, Colombia
seguradcim4@yahoo.es

Introducción. Las FARC, el ELN y el EPL, como también numerosos grupos de autodefensas ilegales, han estado usando minas terrestres y artefactos explosivos improvisados por más de una década y, según la información recogida por la Campaña Colombiana contra Minas, han usado minas caseras “quiebrapatras” por más de quince años. Con las AUC, continúan usando minas antipersonales regularmente, afectando tanto a combatientes como a civiles; han reconocido públicamente que fabrican minas terrestres para defender posiciones estratégicas (campamentos, laboratorios de cocaína y sitios en los cuales mantienen a las víctimas secuestradas) y como armas indiscriminadas de terror.

Resultados. La degradación del conflicto armado interno en Colombia ha contribuido a la intensificación de la fabricación local y al uso de minas antipersonales y otros artefactos explosivos improvisados. Si comparamos solamente el número de muertos y heridos miembros del Ejército en los últimos 7 años, la variante es ascendente entre un periodo y otro. Mientras en el 2002 se produjo el deceso de 148 y heridas a 408, a través de los años las víctimas han aumentado, tanto así que en el 2008 su número fue mucho mayor; se llegó a 140 decesos y 781 lesiones irreversibles. El panorama en el 2009, por el incremento de las acciones contra estos grupos al margen de la ley, probablemente va a ser mucho mayor, ya que, según informa la Dirección de Sanidad del Ejército, en el primer trimestre van 54 heridos por minas.

Discusión y conclusiones. Es probable que este enorme incremento en el número de víctimas informadas se deba al aumento del uso de minas por parte de grupos guerrilleros pero, también, refleja la presencia del incremento de las acciones en sitios donde antes no se podía llegar, y el mejoramiento, refinamiento y mayor alcance de los mecanismos para informar sobre las víctimas. Además, es de anotar que el registro de accidentes causados por minas y municiones sin explotar, comenzó a desarrollarse de manera sistemática solamente en el 2001 y se formalizó en el 2002, con la constitución del Observatorio de Minas Antipersonales.

Además, en el póster se expone la definición y los tipos de minas, los efectos de los explosivos sobre el cuerpo humano, los principios generales de tratamiento en las fuerzas militares, cuándo amputar y los aspectos generales del desarrollo e investigación de una bota antiminas hecha en Colombia.

04-010

Cirugía mínimamente invasiva en trauma por explosión

*Daniel García, Iván Katime Orcasita,
Daniel Gómez, Natalia Reinoso*
Hospital Militar Central,
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, Colombia

Caso clínico. Se trata de un soldado profesional de 21 años de edad que sufrió una herida por arma de fragmentación con artefacto explosivo artesanal cerca de Acacías (Meta). Fue trasladado a una unidad de atención militar especializada de evacuación (GATRA) en donde le brindaron atención primaria, le practicaron traqueostomía para el manejo de vía aérea y lo remitieron al Hospital Militar Central para manejo. Al ingreso se encontraba estable desde el punto de vista de la hemodinámica, aunque con hallazgos de dolor abdominal difuso y un examen sesgado por la sedación; además le practicaron una ecografía donde observaron líquido libre en la cavidad abdominal.

Se decidió llevarlo, en conjunto con el grupo de trauma facial, a salas de cirugía; se practicó laparoscopia con técnica abierta en forma simultánea con el lavado de la herida facial. Se encontró hematoma difuso de la pared abdominal y del peritoneo, y hematoma en la pared del ciego con hemoperitoneo; no hubo otros hallazgos anormales. Se le hizo seguimiento al mes y se le encontró asintomático.

Discusión y conclusiones. El trauma por explosión es un reto diagnóstico para el cirujano desde todo punto de vista y en el contexto del país es una obligación desarrollar e implementar estrategias diagnósticas que favorezcan al paciente, evitándole intervenciones que le sumen morbilidad de manera innecesaria.

Presentamos una opción rápida y efectiva que permite reducir los riesgos de la laparotomía, ya que permite realizarse en conjunto con otras intervenciones que se requieran y que, dada la complejidad del paciente, consideramos fue la adecuada.

Es necesario implementar un protocolo que permita evaluar de manera prospectiva este tipo de intervención diagnóstica, nos permita aclarar y tomar decisiones basadas en datos clínicos y hacerlo de manera expedita.

04-012

Trauma cardíaco por arma de fragmentación

*Daniel Gómez, Iván Katime Orcasita,
Daniel García, Camilo Díaz*
Hospital Militar Central,
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, Colombia

Introducción. El trauma en general, y el trauma torácico tanto cerrado como penetrante, continúa siendo la segunda causa de muerte en orden de importancia después de la enfermedad coronaria en pacientes menores de 40 años.

Debido a que en nuestro país se libra un conflicto irregular que involucra no sólo a los combatientes, tanto legítimos como al margen de la ley, sino a la población civil en general, cada vez son más frecuentes los traumas de guerra en nuestros servicios de emergencia y, dado que los traumas de guerra determinan lesiones diferentes a las civiles, asimismo cambian los algoritmos de trabajo y los paradigmas establecidos en la cirugía de trauma.

Presentamos el caso de un soldado profesional de 24 años de edad, que sufrió un trauma torácico penetrante en área no precordial con herida cardíaca secundaria, por un improvisado dispositivo explosivo de fragmentación durante un patrullaje de rutina en área urbana.

Materiales y métodos. Se presenta la documentación gráfica de un trauma de guerra manejado en nuestra institución por el personal quirúrgico de trauma, con el limitado soporte bibliográfico disponible en la literatura sobre este tipo de casos.

Resultados. El manejo multidisciplinario del personal de cirugía de trauma del Hospital Militar Central, con su vasta experiencia en el trauma de guerra, permitió establecer –dado su conocimiento del comportamiento de las heridas por arma de fragmentación– que el paciente cursaba, probablemente, con lesiones de estructuras del mediastino medio por la disposición del fragmento en las imágenes diagnósticas, la documentación de un hemotórax derecho por la colocación de la toracostomía cerrada y una ventana pericárdica positiva por ecocardiografía; el paciente fue llevado finalmente a cirugía para el manejo definitivo de sus lesiones.

Discusión y conclusiones. En Colombia se libra un conflicto irregular cuyas víctimas se cuentan no sólo en

las filas de los combatientes regulares e irregulares, sino en la población civil en general. En esto radica la importancia del conocimiento y el desarrollo de nuevos conceptos en el manejo del trauma de guerra.

Los cirujanos y los demás profesionales de la salud que participan en el manejo del trauma, deben agregar a su rutina de trabajo los conceptos del manejo del trauma de guerra, ya que este tipo de trauma tiene una dinámica diferente al trauma civil.

Con la experiencia de nuestra institución en el manejo de este tipo de casos, y con la presentación de este caso en particular, se quiere contribuir con la formación de los futuros cirujanos del país y de los que están en plena práctica quirúrgica, dada la complejidad del trauma por explosión y las lesiones secundarias que se presentan, las cuales –como en este caso– rompen los paradigmas del diagnóstico de las heridas cardíacas.

TUMORES

04-009

Síndrome de Charcot-Marie-Tooth

William Sánchez, Jorge Enrique Jara, Daniel Fernando Carrillo
Hospital Militar Central,
Universidad Militar Nueva Granada
Bogotá, Colombia

Introducción. El síndrome de Charcot-Marie-Tooth, condición también conocida como neuropatía hereditaria motora y sensorial, es uno de los trastornos neuromusculares hereditarios más comunes, con un rango de prevalencia de 14 a 282 afectados por millón.

Existen, al menos, 8 formas de neuropatía hereditaria motora y sensorial. Los tipos I, II y III representan el síndrome más conocido como Charcot-Marie-Tooth. El tipo I (enervación hipertrófica) es la forma más común de neuropatía hereditaria motora y sensorial que se caracteriza por una acentuada reducción de la velocidad de transmisión de los nervios periféricos motores y sensoriales. El tipo II (forma neural) exhibe una pérdida predominantemente de axones, y la velocidad de transmisión se mantiene relativamente normal. El tipo II es, usualmente, una forma menos seria que la tipo I, aunque podría no ser fácil distinguirla del tipo I.

El tipo III es una neuropatía congénita de deficiencia de mielina, cuyos síntomas comienzan en la infancia. Existen, asimismo, varios subtipos notables. El tipo 1a se caracteriza por un defecto de duplicación de ADN en la zona 17p11.2 *locus* del gen de la proteína 22 de mielina periférica (*PMP22*). Las mutaciones en el gen *PMP22* fueron recientemente identificadas en algunos pacientes que no exhibían duplicación del ADN. El defecto característico del tipo 1b se localiza en el cromosoma 1, en el gen de otra proteína de mielina. En cinco familias se ha reportado neuropatía hereditaria motora y sensorial 1b de tipo dominante, al mapear el cromosoma 1q21-23.

Además, se ha reportado una neuropatía hereditaria motora y sensorial 1c de tipo dominante, que no se localizó en el cromosoma 1 o 17.

Materiales y métodos. Presentamos un caso clínico de una paciente de sexo femenino de 40 años con antecedentes de cáncer bilateral de seno quien padece la enfermedad y, además, presenta un adenocarcinoma gástrico y miomatosis uterina gigante, por lo cual fue intervenida quirúrgicamente con éxito y se le practicó gastrectomía subtotal con anastomosis en Y de Roux e histerectomía abdominal.

Resultados. Exponemos en nuestro caso clínico un video de la intervención quirúrgica, la historia clínica, las fotografías antes y después de la cirugía, destacando la expresión clínica de la enfermedad. También, describimos la incidencia y la prevalencia, la expectativa de vida y el manejo actual para este tipo de trastorno genético poco usual en nuestro país.

Discusión. El síndrome de Charcot-Marie-Tooth, aunque es frecuente dentro de los trastornos neuromusculares hereditarios, en nuestro país son escasos los casos clínicos y, aun a nivel mundial, se desconoce –al igual que para otra gran cantidad de trastornos– el tratamiento y la estandarización de la terapia de rehabilitación y manejo de las morbilidades asociadas de los pacientes que padecen la enfermedad.

De tal forma que es necesario conocer la enfermedad y entender las propuestas terapéuticas que hoy en día se manejan para el tratamiento, con el fin de instruir y orientar a la comunidad médica y, de esta manera, ofrecer a este tipo de pacientes la mejor alternativa terapéutica.